

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA Ny. A.W. H
DENGAN POST OPERASI SCC MANDIBULETOMI
DI RUANG ASOKA RSUD PROF. DR.W.Z JOHANES KUPANG**



VERONIKA OSE LANANG
PO.530320118242

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
2019**

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PADA NY.A.W.H
DENGAN POST OPERASI SCC MANDIBULETOMI
DI RUANG ASOKA RSUD PROF. DR.W.Z JOHANES KUPANG”

**Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi
DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



VERONIKA OSE LANANG
PO.5303201181242

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Veronika Ose Lanang
NIM : PO. 530320118242
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019
Pembuat Pernyataan



Veronika Ose Lanang
PO. 530320118242

Mengetahui
Pembimbing



Simon Sani Kleden S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 197409061997032005

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Veronika Ose Lanang PO.530320118242
Dengan Judul "Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Ny. A. W. H Dengan
Post Operasi Mandibulektomi Di Ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes
Kupang" Telah disetujui untuk diseminarkan di depan Dewan Penguji Prodi DIII
Keperawatan kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada tanggal
20 Juli 2019.

Disusun oleh



Veronika Ose Lanang
PO.530320118242

Pembimbing




Simon Sani Kleden S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP: 197409061997032005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh :Veronika Ose Lanang, NIM : PO. 530320118242 dengan judul "Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Ny.A.W.H Dengan Post Operasi Mandibulektomi Di Ruangan Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang" telah dipertahankan di Depan Dewan Penguji Pada Tanggal : 20 Juli 2019

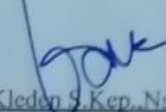
Dewan Penguji

Penguji I




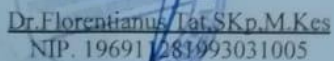
Elisabeth Herwanti S.Kp.,M.Kes
NIP. 19580901 198502202001

Penguji II



Simon Sani Kleden S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 197409061997032005

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat,SKp,M.Kes
NIP. 19691 1281993031005

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretta Teli,S.Kep.,Ns.,MSc-PH
NIP.19770727 200003 2 002

BIODATA PENULIS

Nama : Veronika Ose Lanang

Tempat / Tanggal Lahir : Benlutu, 3 Maret 1978

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jl. Pelita Oesapa

Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD YASWARI BENLUTU 1991

2. Tamat SMP St Vianney SOE 1994

3. Tamat SPK KUPANG 1997

4. Sejak tahun 2018 kuliah di program studi D III

Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Kupang

Motto

“Kesuksesan Taakan diraih tanpa campur tangan Tuhan dan bantuan teman-teman ”

ABSTRAK

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, 20 Juli 2019**

**Nama : Veronika Ose Lanang
NIM : PO.530320118242**

Dari hasil pengkajian Ny.A.W.H masuk rumah sakit pada tanggal 13 July 2019 dengan alasan Nyeri di area luka operasi pada tanggal 15 July 2019. Saat ini Ny.A.W.H mengeluh nyeri di area luka operasi. Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan data pasien nampak meringis dan gelisah, skala nyeri 4(1-10). Saat ini pasien juga mengeluh terasa gatal di sekitar area luka saat diinspeksi luka nampak memerah, dan pucat. Berdasarkan pengkajian didapatkan diagnosa utama yang dapat mengancam kehidupan yaitu Nyeri akut. Diagnosa yang dapat mengancam kesehatan yaitu resiko tinggi terjadinya infeksi. maka dibuat suatu perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi Ny.A.W.H seperti mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dan memberikan obat ketorolac 3x30 mg untuk penanganan nyeri sementara pada diagnosa yang kedua yaitu resiko terjadinya infeksi adalah melakukan perawatan luka dengan teknik steril serta pemberian antibiotik cefriaxon 2x500 mg . Implementasi dibuat sudah berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Ny A.W.H teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan Medikal Bedah, Post Operasi Mandibulektomi.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Ny.A.W.H dengan Post Operasi Mandibulektomi di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang” tanggal 15-18 Juli 2019.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Simon Sani Kleden S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing dan penguji II yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Elisabeth Herwanti S.Kp.,M.Kes selaku penguji I atau penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Yanthi Ataupah S.Kep.,Ns, selaku penguji II atau penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktek di Ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
4. Ibu Ragu Harming Kristina SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
5. Bapak Dr. Florentianus Tat.,SKp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
6. Ibu Margaretha Teli S.Kep.Ns.,MSc-PH selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
7. Seluruh Dosen, Staf dan Tenaga Kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

8. Buat Suami tercinta, Anak-anak terkasih kristin, Kristian, & Kristan dan semua bersaudara yang senantiasa mendukung dan mendoakan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Buat Restu agape seo, Martina Luli, Simeon Illu, Tatok Winarto serta teman teman yang selalu mendukung dan membantu penulis sehingga dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Teman-teman RPL tahun 2018 untuk segala bentuk dukungan dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Studi Kasus ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul.....	i
Lembar Keaslian Tulisan	ii
Lembar Pengesahan.	iii
Pernyataan Persetujuan	iv
Biodata Penulis.....	v
Abstrak	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Lampiran	xi
Bab I Pendahuluan	
Latar	1
Tujuan Studi Kasus	2
Manfaat Penulisan	3
Bab II Tinjauan Pustaka	
Konsep Teori.....	4
Pengertian Mandibulektomi.....	4
Klasifikasi Mandibulektomi.....	5
Etiologi Mandibulektomi	6
Pathofisiologi	6
Manifestasi Klinik.....	6
Pemeriksaan Penunjang	7
Penatalaksanaan Medis	7
Konsep Asuhan Keperawatan	8
Pengkajian.....	8
Diagnosa Dan Intervensi.....	9

Bab III Studi Kasus dan Pembahasan

Hasil Studi Kasus.	15
Pengkajian	15
Diagnosa.....	18
Intervensi	19
Implementasi	20
Evaluasi	21
Pembahasan.....	21
Pengkajian	22
Diagnosa.....	23
Intervensi	23
Implementasi	24
Evaluasi	25

Bab IV Penutup

Kesimpulan.....	27
Saran	27

Daftar Pustaka	29
----------------------	----

Lampiran

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Konsultasi Pembimbing.
2. Laporan asuhan keperawatan.

BAB I

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Tumor mandibula merupakan tumor odontogenik yang berasal dari epitelium yang terlihat dalam proses pembentukan gigi, akan tetapi pemicu transformasi neoplastik pada epitel tersebut belum diketahui secara pasti. Secara mikroskopis tumor mandibula tersusun atas pulau-pulau epitelium di dalam stroma jaringan ikat kolagen. Tumor mandibula juga mempunyai beberapa variasi dari tampilan histopatologis, akan tetapi tipe yang paling sering terlihat adalah tipe folikular dan pleksiform. Pada sebagian besar kasus, tumor mandibula biasanya asimtomatik, tumbuh lambat dan dapat mengekspansi rahang. (Mansjoer, 2001)

Tumor mandibula adalah tumor jinak odontogenik pada mandibula yang mempunyai kecenderungan tumbuh ekspansif dan progresif, hingga menimbulkan deformitas wajah. Tumor mandibula adalah tumor jinak epitel, yang bersifat infiltratif, tumbuh lambat, tidak berkapsul, terdiferensiasi baik, lebih dari 75% terjadi akibat adanya kista folikular. (Mansjoer, 2001).

Penanganan pada pasien post op SCC mandibulektomi dilakukan pembedahan. Beban penyakit di dunia sekitar 11 % berasal dari penyakit atau keadaan sebenarnya bisa ditanggulangi dengan pembedahan. Terkait tindakan bedah, diperkirakan lebih dari 100 juta pasien menerima layanan bedah dimana setengahnya dapat mengalami kematian atau kecacatan akibat kejadian tidak diinginkan yang bisa dicegah. Data dari WHO melaporkan bahwa angka kejadian infeksi luka operasi di dunia berkisar 5%-34%. Infeksi luka operasi di United Kingdom memiliki angka kejadian infeksi luka operasi sekitar 10%. Tahun 2013 jumlah pasien dengan tindakan operasi mencapai angka peningkatan yang sangat signifikan. Pada tahun 2011 terdapat 140 juta pasien di seluruh rumah sakit di dunia, pada tahun

2012 diperkirakan meningkat menjadi 148 juta jiwa. Mandibulektomi meningkat setiap tahunnya sebesar 15% (Nurlela 2009). Sedangkan menurut data tabulasi nasional Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009 menjabarkan bahwa tindakan bedah menempati urutan ke 11 dari 50 penyakit di Indonesia dengan persentase 12,8% dan diperkirakan 32% diantaranya merupakan bedah Mandibulektomi (Kusumayanti, 2015)

Menurut data yang diperoleh dari RSUD Prof Dr.W.Z.Johanes Kupang khususnya ruang Asoka tahun 2019 terdapat 5 pasien dengan post op mandibulektomi. Peran perawat dalam penanganan pasien dengan post op SCC mandibulektomi adalah manajemen nyeri dan manajemen perawatan luka. Penanganan pada masalah nyeri meliputi tindakan relaksasi dan pemberian terapi analgetik dan untuk penanganan pada manajemen perawatan luka dilakukan pada hari kedua dan selama pasien di rawat.

Dari hasil pengamatan penulis saat melakukan praktik keperawatan di RSUD Prof, Dr. W.Z Johanes Kupang sebagian besar pasien dengan tindakan pembedahan membutuhkan proses dan waktu perawatan yang lama, sehingga peran perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post operasi SCC Mandibulektomi.

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melaksanakan pengelolaan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Ny.A. W. H dengan post operasi SCC Mandibulektomi di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johanes kupang”

Tujuan Penulisan.

Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Ny.A.W. H dengan post op SCC mandibulektomi di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johanes kupang.

Tujuan Khusus

Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny.A.W.H dengan post op SCC Mandibulektomi di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johanes kupang”

Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny.A.W.H dengan post op SCC Mandibulektomi di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johanes kupang”

Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada Ny.A.W.H dengan post op SCC Mandibulektomi di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johanes kupang”

Penulis mampu mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Ny.A.W.H dengan post op SCC Mandibulektomi di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johanes kupang”

Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan Pada Ny.A.W.H dengan post op SCC Mandibulektomi di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W. Z Johanes kupang”

Manfaat Penulisan

Manfaat Teoritis

Hasil Penelitian ini diharapkan berguna bagi pembangunan ilmu keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah pada pasien post operasi SCC Mandibulektomi.

Manfaat Praktis

Bagi Peneliti

Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan bagi peneliti selanjutnya dalam mengembangkan penelitian lanjutan terhadap pasien post op SCC Mandibulektomi.

Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan khususnya di program studi ilmu keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah.

Bagi Institut RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktik keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien post operasi SCC Mandibulektomi dengan gangguan risiko terjadinya infeksi.

Bagi pasien

Dapat menjadi pedoman bagi pasien untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Konsep teori

P e n g e r t i a n

Tumor mandibula merupakan tumor odontogenik yang berasal dari epitelium yang terlihat dalam proses pembentukan gigi, akan tetapi pemicu transformasi neoplastik pada epitel tersebut belum diketahui secara pasti. Secara mikroskopis tumor mandibula tersusun atas pulau-pulau epitelium dalam stroma jaringan ikat kolagen. Tumor mandibula juga mempunyai beberapa variasi dari tampilan histopatologis, akan tetapi tipe yang paling sering terlihat adalah tipe folikular dan pleksiform. Pada sebagian besar kasus, tumor mandibula biasanya asimtomatik, tumbuh lambat dan dapat mengekspansi rahang. (Mansjoer, 2001)

Tumor mandibula adalah tumor jinak odontogenik pada mandibula yang mempunyai kecenderungan tumbuh ekspansif dan progresif, hingga menimbulkan deformitas wajah. Tumor mandibula adalah tumor jinak epitel, yang bersifat infiltratif, tumbuh lambat, tidak berkapsul, berdiferensiasi baik, lebih dari 75% terjadi akibat adanya kista folikular. (mansjoer, 2001)

Klasifikasi

Tergantung keadaan tumor (T), pembesaran kelenjar regional (N), dan metastasis jauh (M).

Stadium : I : T1 No Mo

II : T2 No Mo

III : T3 NoMo, T2 N1 Mo, T3 N1 Mo

IV : T4 No Mo, semua T N2 M1, semua T semua N dan M.

Etiologi

1. Kelainan kongenital
2. Genetik
3. Trauma
4. Rangsangan fisik berulang

Patofisiologi

Neoplasia mandibula Banyak dijumpai pada usia lanjut di atas 40 tahun. Kebanyakan pada orang laki-laki. Hal ini mungkin berkaitan dengan kebiasaan makan, kebiasaan merokok, bekerja dengan debu serbuk kayu, kimia toksik atau serbuk, logam berat. Bagaimana terjadinya belum diketahui secara pasti oleh para ahli. Kanker kepala dan leher menyebabkan 5,5% dari semua penyakit keganasan. Terutama neoplasma laringeal 95% adalah karsinoma sel skuamosa. Bila kanker terbatas pada pita suara (intrinsik) menyebar dengan lambat. Pita suara miskin akan pembuluh limfe sehingga tidak terjadi metastase ke arah kelenjar limfe. Bila kanker melibatkan epiglottis (ekstrinsik) metastase lebih umum terjadi.

Infeksi pada ruang ini berasal dari gigi molar kedua dan ketiga dari mandibula, jika apeksnya ditemukan di bawah perlekatan dari musculusmylohyoid. Infeksi dari gigi dapat menyebar ke ruang mandibula melalui beberapa jalan yaitu secara langsung melalui pinggir myolohioid, posterior dari ruang sublingual, periostitis dan melalui ruang mastikor. Terdapat demam dan nyeri leher disertai pembengkakan di bawah mandibuladan atau di bawah lidah, mungkin berfluktuasi dan muncul pembengkakan.

Bila pembengkakan semakin besar dapat mengakibatkan terangkatnya lidah dan penyulitan dalam pernafasan dan penelanan di dalam mulut. Proses infeksi juga menstimulasi penumpukan secret yang berlebih dalam saluran pernafasan. Sehingga pada tahap ini penderita akan mengalami gangguan dalam pemenuhan O₂ dan asupan nutrisi.

Manifestasi klinik

Keadaan lemah, lesu, malaise dan disertai demam. Pada pemeriksaan ekstra oral didapatkan :

- a. Asimetris wajah
- b. Tanda rahang tidak jelas
- c. Fluktuasi positif
- d. Tepi rahang sering tidak teraba
- e. Terdapat benjolan di area rahang bawah

Pada pemeriksaan intra oral didapatkan :

- a. Peritonitis akut
- b. Muccobucalfold
- c. Fluktuasi negatif

Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan CT-Scan daerah kepala dan leher untuk mengetahui keberadaan tumor sehingga tumor primer yang tersembunyi pun akan ditemukan.
2. Pemeriksaan Serologi IgA anti EA dan IgA anti VCA untuk mengetahui infeksi virus E-B.
3. Untuk diagnosis pasti ditegakkan dengan biopsi mandibula yaitu dengan melakukan reseksi di area mandibula.
4. Pengerokan dengan kuret daerah mandibula yang mengalami metastase.

Penatalaksanaan medis

1. Radioterapi merupakan pengobatan utama
2. Pengobatan tambahan yang diberikan dapat berupa diseksi leher (benjolan di leher yang tidak menghilang pada penyinaran atau timbul kembali setelah penyinaran dan tumor induknya sudah hilang yang terlebih dulu diperiksa dengan radiologik dan serologik) , pemberian tetrasiklin, faktor transfer, interferon, kemoterapi, seroterapi, vaksin dan antivirus.

Pemberian ajuan kemoterapi yaitu Cis-platinum, bleomycin dan 5-fluorouracil. Sedangkan kemoterapi praradiasi dengan epirubicin dan cis-platinum. Kombinasi kemo-radioterapi dengan mitomycin C dan 5-

fluorouracil oral sebelum diberikan radiasi yang bersifat
“RADIOSENSITIZER”.

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

Pengkajian

1. Faktor herediter atau riwayat kanker pada keluarga misal ibu atau nenek dengan riwayat kanker payudara.
2. Lingkungan yang berpengaruh seperti iritasi bahan kimia, asap sejenis kayu tertentu.
3. Kebiasaan memasak dengan bahan atau bumbu masak tertentu dan kebiasaan makan makanan yang terlalu panas serta makanan yang diawetkan (daging dan ikan).
4. Golongan sosial ekonomi yang rendah juga akan menyangkut keadaan lingkungan dan kebiasaan hidup.
5. Tanda dan gejala :
 - Aktivitas
Kelemahan atau kelelahan. Perubahan pada pola istirahat; adanya faktor-faktor yang mempengaruhi tidur seperti nyeri, ansietas.
 - Sirkulasi
Akibat metastase tumor terdapat palpitasi, nyeri dada, penurunan tekanan darah, epistaksis/perdarahan hidung.
 - Integritas ego
Faktor stres, masalah tentang perubahan penampilan, menyangkal diagnosis, perasaan tidak berdaya, kehilangan kontrol, depresi, menarik diri, marah.
 - Eliminasi
Perubahan pola defekasi konstipasi atau diare, perubahan eliminasi urine, perubahan bising usus, distensi abdomen.
 - Makanan/cairan
Kebiasaan diet buruk (rendah serat, aditif, bahan pengawet), anoreksia, mual/muntah, mulut rasa kering, intoleransi makanan,

perubahan berat badan, kakeksia, perubahan kelembaban/turgor kulit.

- **Neurosensori**
Sakit kepala, tinitus, tuli, dipopi, juling, eksoftalmus
- **Nyeri/kenyamanan**
Rasa tidak nyaman di telinga sampai rasa nyeri telinga (oftalmia), rasa kaku di daerah leher karena fibrosis jaringan akibat penyinaran
- **Pernapasan**
Merokok (tembakau, mariyuana, hidup dengan seseorang yang merokok), pemajanan
- **Keamanan**
Pemajanan pada kimia toksik, karsinogen, pemajanan matahari lama / berlebihan, demam, ruam kulit.
- **Seksualitas**
Masalah seksual misalnya dampak hubungan, perubahan pada tingkat kepuasan.
- **Interaksi sosial**
Tidak adekuat / kelemahan sistem pendukung

Diagnosa dan intervensi

1. Nyeri berhubungan dengan kompresi / destruksi jaringan saraf

Tujuan : rasa nyeri berkurang sampai dengan hilang

Kriteria hasil : mendemonstrasikan penggunaan ketrampilan relaksasi nyeri.

Intervensi :

- ⇒ Tentukan riwayat nyeri misalnya lokasi, frekuensi, durasi
- ⇒ Berikan tindakan kenyamanan dasar (reposisi, gosok punggung) dan aktivitas hiburan.
- ⇒ Dorong penggunaan ketrampilan manajemen nyeri (teknik relaksasi, visualisasi, bimbingan imajinasi) musik, sentuhan terapeutik.

- ⇒ Evaluasi penghilangan nyeri atau kontrol
- ⇒ Kolaborasi : berikan analgesik sesuai indikasi misalnya Morfin, metadon atau campuran narkotik.

2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual muntah sekunder kemoterapi radiasi

Tujuan : kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi.

Kriteria hasil :

1. Melaporkan penurunan mual dan insiden muntah
2. Mengonsumsi makanan dan cairan yang adekuat
3. Menunjukkan turgor kulit normal dan membran mukosa yang lembab
4. Melaporkan tidak adanya penurunan berat badan tambahan

Intervensi :

- ⇒ Sesuaikan diet sebelum dan sesudah pemberian obat sesuai dengan kesukaan dan toleransi pasien
- ⇒ Berikan dorongan higiene oral yang sering
- ⇒ Berikan anti emetik, sedatif dan kortikosteroid yang diresepkan
- ⇒ Pastikan hidrasi cairan yang adekuat sebelum, selama dan setelah pemberian obat, kaji masukan dan haluaran.
- ⇒ Pantau masukan makanan tiap hari.
- ⇒ Ukur TB, BB dan ketebalan kulit trisep (pengukuran antropometri)
- ⇒ Dorong pasien untuk makan diet tinggi kalori, kaya nutrisi dengan masukan cairan adekuat.
- ⇒ Kontrol faktor lingkungan (bau dan pandangan yang tidak sedap dan kebisingan)

3. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan sekunder imunosupresi

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria hasil :

1. Menunjukkan suhu normal dan tanda-tanda vital normal
2. Tidak menunjukkan tanda-tanda inflamasi : edema setempat, eritema, nyeri.
3. Menunjukkan bunyi nafas normal, melakukan nafas dalam untuk menegakkan disfungsi dan infeksi respiratori

Intervensi :

- ⇒ Kaji pasien terhadap bukti adanya infeksi :
- ⇒ Periksa tanda vital, pantau jumlah SDP, tempat masuknya patogen, demam, menggigil, perubahan respiratori atau status mental, frekuensi berkemih atau rasa perih saat berkemih
- ⇒ Tingkatkan prosedur cuci tangan yang baik pada staf dan pengunjung, batasi pengunjung yang mengalami infeksi.
- ⇒ Tekankan higiene personal
- ⇒ Pantau suhu
- ⇒ Kaji semua sistem (pernafasan, kulit, genitourinaria)

4. Resti kerusakan integritas kulit berhubungan dengan penurunan imunologi, efek radiasi kemoterapi

Tujuan : integritas kulit tetap terjaga

Kriteria hasil :

Menunjukkan perubahan yang minimal pada kulit dan menghindari trauma pada area kulit yang sakit

Intervensi :

- ⇒ Kaji kulit dengan sering terhadap efek samping kanker
- ⇒ Mandikan dengan menggunakan air hangat dan sabun ringan
- ⇒ Hindari menggosok atau menggaruk area
- ⇒ Anjurkan pasien untuk menghindari krim kulit apa pun, bedak, salep apa pun kecuali diizinkan dokter.
- ⇒ Hindarkan pakaian yang ketat pada area tersebut
- ⇒ Oleskan vitamin A dan D pada area tersebut

- ⇒ Tinjau ulang efek samping dermatologis yang dicurigai pada kemoterapi.

5. Risiko tinggi perubahan membran mukosa oral berhubungan dengan efek samping agen kemoterapi radiasi

Tujuan : tidak terjadi gangguan pada membran mukosa

Kriteria hasil :

1. Menunjukkan mukosa oral yang bersih dan utuh
2. Tidak menunjukkan adanya ulserasi atau infeksi pada rongga mulut
3. Melaporkan tidak adanya nyeri, kesulitan menelan dan dehidrasi

Intervensi :

- ⇒ Kaji kesehatan gigi dan higiene oral secara periodik
- ⇒ kaji rongga mulut tiap hari, perhatikan perubahan pada integritas membran mukosa oral
- ⇒ instruksikan mengenai perubahan diet misalnya hindari makanan panas atau pedas, anjurkan penggunaan sedotan, mencerna makanan lembut atau diblender.
- ⇒ Pantau dan jelaskan tanda-tanda tentang superinfeksi oral
- ⇒ Mulai program higiene oral : gunakan pencuci mulut dari salin hangat, larutan pelarut dari hidrogen peroksida, sikat dengan sikat gigi/benang gigi, pertahankan bibir lembab dengan pelumas bibir.

6. Konstipasi/diare berhubungan dengan iritasi mukosa GI sekunder kemoterapi

Tujuan : gangguan defekasi tidak terjadi

Kriteria hasil : Mempertahankan konsistensi atau pola defekasi umum

Intervensi :

- ⇒ Kaji bising usus, gerakan usus termasuk frekuensi, konsistensi.
- ⇒ Pantau masukan dan haluaran serta berat badan
- ⇒ Dorong masukan cairan adekuat, peningkatan serat diet, latihan
- ⇒ Pastikan diet yang tepat; hindari makanan tinggi lemak, makanan serat tinggi, kafein tinggi.
- ⇒ Periksa infeksi bila tidak defekasi selama 3 hari atau distensi abdomen.
- ⇒ Berikan cairan IV, agen anti diare, laksatif.

7. Risiko terhadap perdarahan berhubungan dengan gangguan sistem hematopoetik

Tujuan : perdarahan dapat teratasi

Kriteria hasil :

1. Tanda dan gejala perdarahan teridentifikasi
2. Tidak menunjukkan adanya darah feses, urine atau emesis
3. Tidak menunjukkan perdarahan gusi

Intervensi :

- ⇒ Kaji terhadap potensial perdarahan : pantau jumlah trombosit
- ⇒ Kaji terhadap perdarahan : petechie, penurunan Hb Ht, perdarahan dari orifisium tubuh
- ⇒ Instruksikan cara-cara meminimalkan perdarahan : gunakan sikat gigi halus, hindari cairan pembilas mulut komersial, hindari makanan yang sulit dikunyah
- ⇒ Lakukan tindakan meminimalkan perdarahan : hindari mengukur suhu rektal, hindari suntikan IM, lembabkan

bibir dengan petrolatum, mempertahankan masukan cairan

⇒ Gunakan pelunak feses atau tingkatkan serat dalam diet.

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Studi Kasus

Pengkajian

Dalam Bab ini diuraikan studi kasus yaitu asuhan keperawatan post op SCC Mandibulektomi. Asuhan keperawatan dimulai dari melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, menetapkan intervensi, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi. Pengkajian dilakukan oleh mahasiswa pada tanggal 15 Juli 2019 jam 12.00 WITA. Mahasiswa menggunakan metode anamnesis, observasi dan pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan. Pasien yang dikaji bernama Ny.A.W.H berusia 67 tahun dengan jenis kelamin Perempuan, saat ini Ny.A.W.H berprofesi sebagai seorang ibu rumah tangga yang beralamat di perumnas. Agama Kristen Katolik, pasien sudah di rawat inap dari tanggal 13 Juli di ruang Asoka pada jam 10:45

Saat ini pasien dirawat dengan diagnosa medis post operasi SCC mandibulektomi hari ke 1, saat dikaji keluhan yang dirasakan adalah pasien mengeluh nyeri di sekitar area luka operasi, pasien mengatakan awal masuk rumah sakit karena benjolan yang ada di pipi kiri bawah, namun setelah di lakukan operasi SCC mandibulektomi pasien merasa nyeri di area luka eksisi tumor. Saat dilakukan inspeksi keadaan luka, luka tampak bersih dan tertutup kasa steril.

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak menderita penyakit sebelumnya, pasien mengatakan bahwa ia tidak mempunyai riwayat alergi, dan tidak mempunyai riwayat operasi selain operasi mandibulektomi yang baru saja dilakukan. Pasien tidak mempunyai kebiasaan merokok, minum alkohol, minum kopi dan minum obat-obatan.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik, tanda vital (Tekanan darah: 110/70 mmHg, Nadi: 73 x/menit, Pernapasan: 21 x/menit, Suhu badan :36,4°C), kepala pasien tampak normal, ada lesi pada leher dengan

diameter 5 cm, masa ataupun hematoma, pasien juga mengatakan tidak mengalami sakit kepala ataupun pusing. Wajah pasien asimetris, tidak ada masalah penglihatan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pasien tidak menggunakan kacamata, dan tidak ada penglihatan kabur. Tidak ada nyeri mata, tidak ada peradangan pada mata dan mulut. Pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi sebelumnya. Tidak ada gangguan pada pendengaran, tidak ada gangguan pada sinusitis dan juga tidak ada gangguan pada tenggorokan dan mulut.

Saat dilakukan pengkajian pada sistem kardiovaskuler di dapatkan pasien tidak mengalami nyeri dada, dada simetris, tidak ada pengembangan dada, kesadaran composmentis, tidak ada kelainan pada bibir, kuku, capillary refill, tangan, kaki dan sendi. Saat di palpasi ictus cordis dan vena jugularis teraba, saat diperkusi tidak terdapat pembesaran jantung, saat diauskultasi bunyi jantung 1&2 normal dan juga tidak terdapat murmur.

Saat di lakukan pengkajian pada sistem pernapasan pasien mengatakan tidak ada masalah pernapasan, saat di inspeksi dada tampak normal, tidak ada jejas, irama napas teratur, tidak ada retraksi otot pernapasan, dan juga tidak ada penggunaan alat bantu pernapasan. Saat di perkusi tidak ada udara atau massa, saat diauskultasi suara napas ekspirasi dan inspirasi normal dan juga tidak ada bunyi napas tambahan, clubbing finger normal.

Saat dilakukan pengkajian pada sistem pencernaan merupakan ajang tahanandan juga pasien tidak bisa makan makanan yang keras. Saat diinspeksi turgor kulit normal, bibir lembab, warna mukosa mulut pucat, tidak ada pembesaran pada abdomen. Pada bagian rektal tidak ada luka, perdarahan atau hemoroid, saat diauskultasi bising usus pasien 28x/m saat di perkusi tidak ada udara, masa ataupun cairan, saat di palpasi tonus otot normal.

Saat dilakukan pengkajian pada sistem persyarafan, pasien mengeluh lemas, tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 15

(E4M6V5), Pupil isokor, tidak ada kejang, parestesia dan cranial nerves normal, pada sistem muskuloskeletal tidak terdapat keluhan dengan kekuatan otot baik. Pada sistem integumen terdapat lesi pada area leher, turgor kulit pasien normal, tidak ada petchie dan kelembaban. Pasien tidak mempunyai masalah dalam perkemihan, tidak menggunakan alat bantu kateter, pasien sehari minum air sebanyak 800cc, dengan parenteral 500cc, saat dilakukan pengkajian pada sistem endokrin dan reproduksi tidak terdapat kelainan.

Saat dikaji pola kegiatan sehari-hari (ADL), pasien mengatakan pola makan baik, makan 3x sehari, nafsu makan baik, ada makanan pantangan yaitu daging, makanan yang disukai yaitu sayur. Pasien sehari minum 800cc, selama sakit pasien mengalami penurunan BB 2 kg dalam waktu 1 bulan. Saat dikaji pola eliminasi pasien BAK 300 cc/hari dengan warna tampak jernih, bau khas dan BAB pasien mengatakan 1x sehari dengan konsistensi lunak. Pasien suka jalan pagi dan lari sore tetapi selama sakit pasien jarang/tidak pernah melakukannya lagi. Pasien tidur malam jam 08.00 dan bangun pagi jam 04.00.

Pasien sering berinteraksi dengan suaminya, keadaan rumah pasien baik, tidak ada bising dan banjir, pasien mengatakan jika ada masalah pasien sering membicarakannya dengan suami dan cara menyelesaikannya adalah dengan terbuka satu sama lain, interaksi dalam keluarga baik, pasien sering mengikuti ibadah di gereja setiap minggu, dan tidak ada keterlibatan dalam organisasi keagamaan. Keadaan psikologis selama sakit baik, saat ditanya tentang persepsi klien terhadap penyakit pasien mengatakan biasa saja.

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 14 Juli 2019 didapatkan hemoglobin 14,7 g/dl. Eritrosit $5,32 \times 10^6/\mu\text{L}$. hematokrit 43,2%. MCV 80,8 fl. MCH 20,1 pg. MCHC 31 g/dl. neutrofil $8,81 \times 10^3/\mu\text{L}$. limfosit $1,50 \times 10^3/\mu\text{L}$. monosit $0,62 \times 10^3/\mu\text{L}$. Trombosit $420 \times 10^3/\mu\text{L}$, PDW 8,4.

Saat perawatan pasien mendapatkan obat-obatan ketorolac 3x30 mg/iv, Ceftriaxon 2x500 mg/iv dan calnex 3x500 mg/iv.

Diagnosa keperawatan

Rumusan diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data hasil pengkajian dan analisa data mulai dari menetapkan masalah, penyebab dan data-data yang mendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (insisi pembedahan) ditandai dengan pasien mengatakan bahwa ia merasa nyeri di sekitar area luka operasi, pasien tampak lemas, meringis, memegang area nyeri, gelisah, skala nyeri 4(1-10).
2. Risiko terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya insisi pembedahan Mandibulektomi di tandai dengan pasien mengatakan ada luka operasi, saat di inspeksi luka tampak bersih dan tertutup kasa steril.

Prioritas masalah

Dalam memprioritaskan masalah ada 3 hal yang perlu dipertimbangkan apakah masalah tersebut mengancam kehidupan, mengancam kesehatan, dan mengancam tumbuh dan kembang pasien. Langkah selanjutnya adalah menentukan tujuan apakah tujuan baik itu tujuan umum/goal atau tujuan khusus atau objektif ataupun harapan pasien agar dapat dievaluasi dengan baik oleh perawat. Selanjutnya menentukan intervensi atau rencana tindakan serta rasional dari setiap tindakan untuk mengatasi masalah yang dialami.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (insisi pembedahan) merupakan masalah yang mengancam kehidupan.
2. Risiko terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya insisi pembedahan merupakan masalah yang mengancam kesehatan.

Intervensi keperawatan

Nursing outcomes clasification(NOC)

Untuk diagnosa I mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tidakmeringis,tidak memegang area nyeri, tidakgelisah, skala nyeri berkurang dari 4-1.

Untuk diagnosa II mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan tidak ada tanda-tanda terjadinya infeksi dengan kriteria hasil pasien mengatakan tidak merasakan gatal pada area luka operasi, luka tidak tampak kemerahan dan pucat.

Nursing Intervention Clasification (NIC)

Untuk diagnosa 1 dipilih dari domain 1 :fisiologis dasar ,kelas E promosi kenyamanan fisik dengan kode 1400 manajemen nyeri, (08.00 Wita) mengkaji nyeri secara komprehensif, mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respons pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.

Untuk diagnosa II, intervensi dipilih dari domain 12 keselamatan dan keamanan, kelas 1 infeksi kode (00004) manajemen risiko infeksi (08.30 Wita), mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi tanda-tanda peradangan, rawat luka dan perban dengan mempertahankan teknik aseptik, pertahankan teknik sterilisasi, kolaborasi pemberian antibiotik.

Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 15-17 Juli 2019. Tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari.

Pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa I yaitu melakukan pengkajian pada pukul 12.15 Wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi **P**; luka operasi, **Q**; seperti tertusuk-tusuk, **R**; di sekitar area pipi kiri bawah, **S**; 4 dan **T**; pagi, siang dan malam. Membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 12.30 Wita membantu pasien melatih napas dalam, pada pukul 12.30 mengkolaborasi pemberian ketorolac 30 mg/iv untuk membantu mengurangi nyeri.

Pada hari kedua tanggal 16 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, pukul 08.00 memberikan ketorolac 30 mg/iv untuk membantu mengurangi nyeri, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.

Pada hari ketiga tanggal 17 Juli dilakukan tindakan keperawatan menggunakan catatan perkembangan pada diagnosa I yaitu (07.05) mempertahankan tirah baring selama fase akut, (08:00) memberikan terapi ketorolac 30 mg/iv, (08.40) menggunakan strategi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien.

Pada tanggal 15 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa II yaitu melakukan pengkajian luka pada pasien untuk mengetahui infeksi yang dialami pasien pada pukul 12.35, pada pukul 13.00 dilakukan

perawatan luka dengan teknik aseptik, pukul 13.30 berkolaborasi dalam pemberian ceftriaxone 500mg/iv

Pada tanggal 16 Juli juga dilakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik aseptik pada pukul 09.30 dan memberikan ceftriaxone 500mg/iv (11.00) serta memantau aktivitas pasien, pada tanggal 17 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan dalam hal ini melakukan perawatan luka dengan mempertahankan teknik aseptik, dan pukul 11:00 memberikan terapi ceftriaxone 500mg/iv.

Evaluasi keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi yang dilakukan antara lain pada tanggal 15 Juli 2019 dengan diagnosa I nyeri akut yaitu: pasien mengatakan bahwa ia masih merasa nyeri yang ditandai dengan pasien tampak lemah, gelisah, meringis, skala nyeri 4(1-10). Masalah nyeri akut belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua. Pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019 dilakukan evaluasi pada diagnosa II dengan risiko terjadinya infeksi yaitu: pasien mengatakan masih merasa gatal pada area luka operasi yang ditandai dengan luka tampak pucat dan kemerahan. Masalah risiko terjadinya infeksi belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan hari kedua.

Pada tanggal 16 Juli 2019 dilakukan evaluasi SOAPIE (catatan perkembangan) pada diagnosa 1,yaitu pasien masih tampak lemah, gelisah, mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, tampak tidak meringis dan memegang area nyeri, skala nyeri 2. Dan pada diagnosa II yaitu pasien tampak lemah,luka bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi dan luka tertutup kasa steril. Masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dilanjutkan pada hari ke 3. Pada tanggal 17 Juli 2019 dilakukan evaluasi SOAPIE pada diagnosa 1 yaitu pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, skala nyeri 1, tidak meringis sedangkan pada diagnosa 2 pasien

mengatakan luka tidak gatal. Evaluasi akhir, masalah teratasi dan implementasi dihentikan dan pasien pulang.

Pembahasan Studi Kasus

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktik. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer maupun data sekunder), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya di analisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimana komponen penyusunannya terdiri atas *problem*, *etiologi*, *sign* dan *symptom* (diagnosa aktual), *problem* dan *etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko/risiko tinggi).

Intervensi/perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi.

Demikian pun asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan Post Op Mandibulektomi. Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktik (kasus nyata) yang ditemukan pada pasien dengan Post Op Mandibulektomi yang dirawat diruang Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Pengkajian Keperawatan

Menurut Mubarak dan Chayatin (2008) pengkajian pada pasien dengan post op Mandibulektomi akan mendapatkan hasil adanya nyeri pada luka operasi, area luka tampak kemerahan, pasien tampak gelisah & meringis, skala nyeri berkurang. Nyeri yang dirasakan pasien akibat insisi beda yang mengakibatkan terputusnya inkontinitas jaringan terawat yang merangsang histamin dan prostaglandin. Tampak kemerahan pada area luka akibat nyeri merupakan nyeri superfisial yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.

Berdasarkan teori diatas dapat dikatakan bahwa masalah post operasi SCC mandibulektomi yang dialami oleh Ny.A.W.H merupakan akibat dari proses perawatan dan insisi pembedahan. Dari hasil pengkajian juga ditemukan luka tampak pucat, memerah dan gatal. Manifestasi klinis yang di temukan pada pasien dengan Mandibulektomi ini dikarenakan luka insisi bedah.

Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2015), Sesuai dengan data subjektif dan objektif yang didapatkan pada saat pengkajian, dibandingkan dengan batasan karakteristik maka pada pasien post op SCC Mandibulektomi akan di dapat diagnosa nyeri akut dan risiko tinggi terjadinya infeksi, gangguan mobilitas fisik, intoleransi aktivitas dan ketidakseimbangan nutrisi.

Pada kasus Ny.A.W.H tidak semua diagnosa diambil dalam penegakkan diagnosa karena ketika dilakukan pengkajian keperawatan pada kasus ini pasien sudah dalam 3 hari perawatan di ruang Asoka, sehingga diagnosa yang muncul sesuai dengan teori namun ada beberapa kesenjangan diantaranya diagnosa gangguan mobilitas fisik yang tidak diangkat. Diagnosa Gangguan mobilitas fisik tidak diangkat karena pasien sudah bisa beraktivitas secara mandiri tanpa bantuan, pasien hanya merasa sedikit lemas tetapi pasien dapat melakukan

aktivitas sendiri seperti duduk, makan dan minum, selain itu juga nutrisi tidak diambil karena pasien nafsu makan baik, tidak ada penurunan berat badan.

Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut Moorhead,dkk.2016 dalam *Nursing Outcome Classification* (NOC) digunakan jenis skala *likert* dengan semua kriteria hasil dan indikator yang menyediakan sejumlah pilihan yang adekuat untuk menunjukkan variabilitas di dalam status/kondisi, perilaku atau persepsi yang digambarkan oleh kriteria hasil.

Pada kasus post op mandibulektomi pada Ny.A.W.H intervensi keperawatan pada diagnosa Nyeri akut adalah kaji nyeri secara komprehensif meliputi pencetus, kualifikasi, region, skala, dan waktu. mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respons pasien terhadap nyeri, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik, mendorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. Secara umum tujuan keperawatan pada pasien yang mengalami nyeri akut tergantung pada batasan karakteristik masing-masing individu. Tujuan yang ditetapkan adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil yang di ambil yaitu pasien dapat mengungkapkan nyeri, mengidentifikasi tanda dan gejala nyeri, skala nyeri berkurang, tidak meringis dan gelisah.

Diagnosa kedua adalah risiko terjadinya infeksi dipilih intervensi seperti mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi tanda-tanda peradangan, rawat luka dan perban dengan mempertahankan teknik aseptik, pertahankan teknik sterilisasi, kolaborasi pemberian antibiotik.

Intervensi ini cocok untuk dilakukan karena untuk menjaga agar luka pasien tidak terkontaminasi bakteri.

Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada Ny.A.W.H semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang ditetapkan. Pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa I yaitu melakukan pengkajian pada pukul 12.15 Wita sekaligus implementasi hari pertama yaitu mengkaji nyeri secara komprehensif yang meliputi **P**; luka operasi, **Q**; seperti tertusuk-tusuk, **R**; di sekitar area pipi kiri bawah, **S**; 4 dan **T**; pagi, siang dan malam. Membantu pasien mempertahankan tirah baring selama fase akut, menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui rasa nyeri pasien, memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien, pada pukul 13.00 Wita membantu pasien melatih napas dalam, pada pukul 13.30, mengkolaborasikan pemberian ketorolac 30mg/iv untuk membantu mengurangi nyeri. Tindakan ini dilakukan karena sesuai pengkajian keluhan utama pasien mengatakan nyeri.

Pada tanggal 15 Juli 2019 dilakukan implementasi dari diagnosa risiko terjadinya infeksi melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik, mengobservasi keadaan luka, dan mengkolaborasikan pemberian terapi ceftriaxone 500mg/iv.

Sedangkan pada tanggal 16 Juli 2019 untuk diagnosa I (08.00) dilakukan pemberian ketorolac 30mg/iv dan mengajarkan teknik relaksasi, dan diagnosa II dilakukan perawatan luka dengan teknik steril dan pada jam 08:00 memberikan terapi ceftriaxone 500mg/iv.

Pada tanggal 17 Juli 2019 (09.00) pasien hanya diajarkan cara mengontrol nyeri, serta memberikan ketorolac 30mg/iv dan pukul 08:20 melakukan perawatan luka teknik steril dan pukul 08:00 memberikan terapi ceftriaxone 500mg/iv.

Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Ny.A.W.H sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 pada diagnosa I dimana pasien mengatakan masih merasa nyeri, dengan masih gelisah, meringis, skala nyeri 4(1-10.). Maka masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan pada hari kedua. Pada hari kedua tanggal 15 Juli 2019 juga dilakukan evaluasi pada diagnosa II risiko terjadinya infeksi berhubungan dengan adanya pembedahan Mandibulektomi yaitu pasien mengatakan lukanya gatal dan merah, luka juga terlihat pucat. Masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan.

Sedangkan pada tanggal 16 Juli 2019 dari evaluasi catatan perkembangan untuk diagnosa I pasien mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan berkurang, dengan tidak gelisah, skala nyeri 3 (1-10). Masalah teratasi sebagian sehingga implementasi dilanjutkan pada hari ketiga. Dan diagnosa II pasien mengatakan bahwa luka masih rasa gatal, memerah, dan pucat sehingga masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan hari ke tiga.

Pada tanggal 17 Juli 2019 diagnosa I pasien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri 1, dan untuk diagnosa II luka tidak gatal dan tidak pucat sehingga masalah teratasi, dan intervensi dihentikan sehingga pasien pulang.

BAB 4

PENUTUP

Kesimpulan

Dari hasil pengkajian Ny.A.W.H masuk rumah sakit pada tanggal 13 Juli 2019, saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15 Juli 2019 Ny.A.W.H mengeluh nyeri di area luka operasi. Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan data pasien nampak meringis dan gelisah, skala nyeri 4(1-10). Saat ini pasien juga mengatakan ada luka operasi di pipi kiri bagian bawah, ketika di observasi luka tampak bersih dan tertutup kasa steril. Berdasarkan pengkajian didapatkan diagnosa utama yang dapat mengancam kehidupan yaitu Nyeri akut. Diagnosa yang dapat mengancam kesehatan yaitu resiko tinggi terjadinya infeksi maka dibuat suatu perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi Ny.A.W.H seperti mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dan memberikan obat ketorolac 3x30 mg/iv untuk penanganan nyeri sementara pada diagnosa yang kedua yaitu resiko terjadinya infeksi adalah melakukan perawatan luka dengan teknik steril serta pemberian antibiotik cefriaxon 2x500 mg/iv. Implementasi dibuat sudah berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Ny A.W.H teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan.

Saran.

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada A.W.H di ruang Asoka RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang dan kesimpulan yang telah disusun seperti diatas, maka mahasiswa memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan serta perlu adanya partisipasi keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu perkembangan dan kesehatan pasien.

2. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan apa yang ada pada teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit
3. Dalam memberikan asuhan keperawatan setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu di dokumentasikan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018 [dokumen di internet. Diakses pada tanggal 16 Juli 2019]; Diunduh dari [http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset-Kesehatan-Dasar-\(RISKESDAS\)-Nasional-2007](http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset-Kesehatan-Dasar-(RISKESDAS)-Nasional-2007)
- Doenges, Marilyn E. *Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk Perencanaan dan pendokumentasian Perawatan Pasien*. Alih bahasa I Made Kariasa. Ed. 3. Jakarta : EGC;1999
- Efiaty Arsyad Soepardi& Nurbaiti Iskandar. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan : Telinga Hidung Tenggorok Kepala Leher*. Jakarta : Balai Penerbit FKUI; 2001
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2017). *NANDA INTERNASIONAL Diagnosis Keperawatan: Defenisis dan klasifikasi 2018-2020 Edisi 11*. Jakarta: EGC.
- Mansjoer, Arif.2012.capita, *selekta kedokteran*. Jakarta :Media aesculapius
- Mubarak dan chayatin (2009) *Ilmu keperawatan Komunitas pengantar dan teori*. Jakarta. salemba medica.
- Nursalam.2010. *konsep dan penerapan metode penelitian ilmu keperawatan*,Edisi II. Salemba medika. Jakarta.
- R. Sjamsuhidajat&Wim dejong. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi revisi. Jakarta : EGC ; 1997
- Smeltzer Suzanne C. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Alih bahasa Agung Waluyo, dkk. Editor Monica Ester, dkk. Ed. 8. Jakarta : EGC; 2001

LAMPIRAN



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Veronika Ose Lanang

NIM : PO.5303201181242

Nama Pembimbing : Simon Sani Kleden S.Kep.,Ns.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	12 Juli 2019	1. Konsultasi judul 2. Pengarahan persiapan UAP	
2.	15 Juli 2019	1. Pengambilan kasus 2.Konsultasi studi kasus sementara (askep).	
3.	16 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1 dan BAB 2 2.BAB 1 masukan data dari dunia, indonesia, Ntt dan rumah sakit (ruangan rawat).	
4.	17 Juli 2019	1.Ujian praktik klinik di ruang Asoka 2.Konsultasi BAB 1,2,3 3.Perbaiki cara penulisan (margins)	
5.	18 Juli 2019	1. Konsultasi BAB 1,2,3,4 2.BAB 2 Tambahkan Tujuan dari setiap diagnosa 3.Tambahkan pathway	
6.	20 Juli 2019	1.Konsultasi BAB 1, 2,3,4 2.Konsultasi dari cover sampai lampiran. 3.Perbaiki cara penulisan(penggunaan tanda baca)	
7.	21 Juli 2019	1.Konsultasi BAB 1,2,3,4 2.Konsultasi dari cover sampai lampiran 3.Tambahkan direktur dan kaprodi di kata pengantar 4.Siap ujian tanggal 22 Juli 2019	
8.	22 Juli 2019	1.Ujian KTI 2.Perbaiki cara penulisan dari dosen penguji, tambahkan pengkajian PQRSST. 3.Sesuaikan daftar pustaka.	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



NamaMahasiswa :Veronika Lanang
NIM :PO530320118242

Format PengkajianDewasa

NamaPasien :Ny. A.W.H
Ruang/Kamar : Asoka/B1
DiagnosaMedis :SSC mandibula
No. MedicalRecord : 514968
TanggalPengkajian : Jam :
MasukRumahSakit : 13/06/2019 Jam :10:45

IdentitasPasien

NamaPasien	:Ny.A.W.H	JenisKelamin	:P
Umur/TanggalLahir	: 02-01-1952/67 thn	Status	:Kawin
		Perkawinan	
Agama	: Katolik	SukuBangsa	:WNI
PendidikanTerakhir	:SD	Pekerjaan	:IRT
Alamat	: Perumnas		

IdentitasPenanggung

Nama	:Tn. K	Pekerjaan	:
JenisKelamin	:L	Hubungandengan	:Anak
		klien	
Alamat	:Perumnas		

RiwayatKesehatan

1. KeluhanUtama
 - Kapan: pasien mengeluh nyeri disekitar area luka operasi
 - Lokasi: di area abdomen
2. RiwayatKeluhanUtama
 - Mulai timbulnya keluhan:Saati kali klien mengatakan pipinya terasa nyeri pada luka operasi hari (pertama)
 - Sifatkeluhan:hilang timbul
 - Lokasi : pipi kiri bawah
 - Keluhan lain yang menyertai: -
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : operasi ssc mandibula
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
Pasien mengatakan keluhannya berkurang saat minum obat
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan klien melakukan upaya dengan cara minum obat secara teratur
3. RiwayatPenyakitSebelumnya
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita : tidak ada
 - Riwayat Alergi : tidak ada

- RiwayatKeluarga/ Genogram(diagram tigagenerasi) :**

Keterangan :

- = Laki-laki
- = Perempuan
- ◻ = laki-laki meninggal
- ➔ = Pasien
- = Tinggal serumah
- ◻ = meninggal laki – laki
- ◻ = meninggal perempuan

Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fis

1. Tanda – Tanda Vital
- Tekanandarah : 110/70mmHg
 - Nadi : 73 x/ m
 - Pernapasan : 21 x / m
 - Suhubadan : 36,4°C
2. Kepala dan leher
- Kepala :
 - Sakit kepala : ☐ ya ☒ tidak
 - Bentuk , ukuran dan posisi:
 - ☐ normal ☒ abnormal, jelaskan : ada bengkak di pipi kiri bawah
 - Lesi : ☐ ada, ☐ tidak ada
 - Masa : ☐ ada, ☐ tidak ada
 - Observasi Wajah : ☐ simetris ☒ asimetri,
 - Penglihatan :
 - Konjungtiva: ☒ anemis ☐ tidak
 - Sklera: ikterik ☒ tidak
 - Pakai kacamata : ☐ Ya ☒ tidak

- Penglihatan kabur : ☐Ya, ☒tidak
- Nyeri : tidakada
- Peradangan : tidakada
- Operasi : tidakpernah
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : ☐Ya ☒tidak
 - Nyeri : ☐Ya ☒tidak
 - Peradangan : ☐Ya ☒tidak
- Hidung
 - AlergiRhinnitus : ☐Ya ☒tidak
 - RiwayatPolip : ☐Ya, ☒tidak
 - Sinusitis : ☐Ya, ☒tidak
 - Epistaksis : ☐Ya, ☒tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : tampakbersih
 - Caries : ☐Ya, ☒tidak
 - Memakai gigi palsu : ☐Ya, ☒tidak
 - Gangguan bicara : ☐Ya, ☒tidak
 - Gangguan menelan : ☐Ya, ☒tidak
 - Pembesaran kelenjarleher : ☐Ya, ☒tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : ☐Ya, ☒tidak
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : composmentis= E 4. V= 5, M- 6 = 15
 - Bentuk dada : ☐abnormal , ☒normal
 - Bibir : ☐sianosis ☒normal
 - Kuku : ☐sianosis ☒normal
 - CapillaryRefill : ☐Abnormal ☒normal > 3det
 - Tangan : ☐Edema ☒normal
 - Kaki : ☐Edema ☒normal
 - Sendi : ☐Edema ☒normal
- Ictuscordis/ApicalPulse: ☒Teraba ☐tidakteraba
- Vena jugularis : ☐Teraba ☒tidakteraba
- Perkusi : pembesaranjantung: Normal
- Auskultasi : BJ I : ☐Abnormal ☒normal
 BJ II : ☐Abnormal ☒normal
 Murmur :tidakada

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidakada
- Inspeksi :
 - Jejas : ☐Ya, ☒tidak
 - Bentuk Dada : ☐Abnormal, ☒Normal
 - Jenis Pernapasan : ☐Abnormal, ☒normal
 - Irama Napas : ☒teratur ☐tidakteratur
 - Retraksi otot pernapasan: ☐Ya ☒tidak
 - Pengguna alat bantu pernapasan : ☐Ya, ☒tidak

- Perkusi : Cairan : ☐Ya ☒tidak
 Udara : ☐Ya ☒tidak
 Massa : ☐Ya ☒tidak
- Auskultasi :
 Inspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal
 Ekspirasi : ☒ Normal ☐ Abnormal
 - Ronchi : ☐Ya ☒tidak
 - Wheezing : ☐Ya ☒tidak
 - Krepitasi : ☐Ya ☒tidak
 - Rales : ☐Ya ☒tidak
 Clubbing Finger : ☒ Normal ☐ Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : klien mengatakan nyeri di bagian perut
- b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : ☐ Abnormal, ☒ Normal
 - Keadaan bibir : ☐lembab ☒kering
 - Keadaan rongga mulut
 - Warna Mukosa : merah muda
 - Luka/ perdarahan : ☐Ya, ☒tidak
 - Tanda-tanda radang : ☐Ya, ☒tidak
 - Keadaan gusi : ☐ Abnormal, ☒ normal
 - Keadaan abdomen
 - Warna kulit : coklat
 - Luka : ☐Ya, ☒tidak
 - Pembesaran : ☐ Abnormal, adanya asites ☒ normal
 - Keadaan rektal
 - Luka : ☐Ya, ☒tidak
 - Perdarahan : ☐Ya, ☒tidak
 - Hemoroid : ☐Ya, ☒tidak
 - Lecet/ tumor/ bengkak : ☐Ya, ☒tidak
- c. Auskultasi :
 Bising usus/Peristaltik : 33 x/,menit../ baik +)
- d. Perkusi : Cairan : ☐ Abnormal, adanya asites ☒ normal
 Udara : ☐ Abnormal, (kembung) ☒ normal
 Massa : ☐ Abnormal, ☒ normal
- e. Palpasi :
 Tonus otot : ☐ Abnormal, ☒ normal
 Nyeri : ☐ Abnormal, ☒ normal
 Massa : ☐ Abnormal ☒ normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : nyeri pada area luka,
- b. Tingkat kesadaran: compos mentis, GCS (E/M/V): 15
- c. Pupil : ☒Isokor ☐anisokor
- d. Kejang : ☐ Abnormal, ☒ normal
- e. Jenis kelumpuhan : ☐Ya, ☒tidak
- f. Parasthesia : ☐Ya, ☒tidak
- g. Koordinasi gerak : ☐ Abnormal, ☒ normal
- h. Cranial Nerves : ☐ Abnormal, ☒ normal

i. Reflexes : ☐ Abnormal, ☒ normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : tidak ada keluhan
b. Kelainan Ekstremitas : ☐ ada, ☒ tidak ada
c. Nyeri otot : ☐ ada ☐ tidak
d. Nyeri Sendi : ☐ ada ☒ tidak ada
e. Refleksi sendi : ☐ abnormal, ☒ normal
f. Kekuatan otot : ☐ Atropi ☐ hipertrofi ☒ normal

5	5
5	5

8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ☐ ada, ☒ tidak ada
b. Lesi : ☒ ada, ☐ tidak ada (ada lesi pada leher)
c. Turgor : baik Warna : coklat
d. Kelembaban : ☐ Abnormal, ☒ normal
e. Petechiae : ☐ ada, ☒ Tidak ada
f. Lain lain : tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : ☐ encing menetes in ☐ incontinensia r ☐ nsi
☐ gross hematuria ☐ disuria ☐ poliuria
☐ oliguria ☐ anuria
b. Alat bantu (kateter, dll) ya ☐ ☒ tidak
c. Kandung kencing : membesar ya ☐ ☒ tidak
nyeri tekan ☐ ya ☐ tidak
d. Produksi urine : kurang lebih 500cc
e. Intake cairan : ☐ oral : 800cc/hr ☐ parenteral : 1000cc
f. Bentuk alat kelamin : ☐ ☒ Normal ☐ Tidak normal,
g. Uretra : ☒ Normal Hipos ☐ dia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
b. Pembesaran Kelenjar : ☐ ada, ☒ tidak ada
c. Lain – lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
b. Wanita : Siklus menstruasi : -
• Keadaan payudara : ☐ Abnormal, ☐ normal
• Riwayat Persalinan :-
• Abortus :-
• Pengeluaran pervagina : ☐ Abnormal, ☐ normal
• Lain-lain :-
c. Pria : Pembesaran prostat : ☐ ada ☐ tidak ada
d. Lain-lain : tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : teratur
 - Frekuensi makan : 3x sehari
 - Nafsu makan : baik
 - Makanan pantangan : Daging
 - Makanan yang disukai : Ikan
 - Banyaknya minum dalam sehari 300cc
 - Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Alkohol
 - Sebelum sakit BB : 40 kg TB : 155cm
 - Penurunan BB : , dalam waktu :

2. Perubahan selama sakit :

Tidak ada perubahan

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : tidak terpasang kateter Warna : kuning

Bau : khas, Jumlah/ hari : kurang lebih 1500cc

b. Perubahan selama sakit

:

BAK

lebih banyak namun keluar lewat kateter Fowly

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : saat kaji 1 x sehari

Warna : kecoklatan

Konsistensi : lembik

b. Perubahan selama sakit : BAB tidak dibantu keluarga

c. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : tidak ada

- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : kadang - kadang

C. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 08.00

Bangun jam : 04.00

- Tidur siang jam :

Bangun jam :

- Apakah mudah terbangun : mudah terbangun

- Apa yang dapat menolong untuk tidurnya : membaca

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Suami

2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada

3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik

Status rumah : milik sendiri

Cukup/ tidak

Bising/ tidak

Banjir / tidak

4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya (orang tua)

5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga :
dengan berdiskusi mencari solusi

6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ya (ke gereja tiap Minggu)

2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan :

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : klien berharap cepat sembuh dari penyakitnya dan cepat pulang kerumah.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : baik
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			07/2019				
1	Hemoglobin	18,0 g/dl					
2	Hematokrit	6,20 $10^6/\mu\text{l}$					
3	Hematokrit	54,0 %					
4	Hematokrit	96,0 fL					
5	Hematokrit	16,0 %					
6	Hematokrit	4 fL					
7	Leukosit	10.0 $10^3/\mu\text{l}$					
8	Neutrofil	5.0 %					
9	Limfosit	70 %					
10	Eosinofil	40 %					
11	Monosit	7.00 $10^3/\mu\text{l}$					
12	Basofil	3.70 $10^3/\mu\text{l}$					
13	Monosit	0.70 $10^3/\mu\text{l}$					

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
 - a. Foto gigi dan mulut : tidak ada
 - b. Foto esofagus, lambung, dan usus halus : tidak ada
 - c. Cholescystogram : tidak ada
 - d. Foto colon : tidak ada
2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus
 - Ultrasonografi :
 - Biopsi :
 - Colonoscopy : tidak ada
 - Dll : tidak ada

Penatalaksanaan/pengobatan (pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidak ada
- Obat – obatan : ceftriaxon 2x500 mg/IV, Ketorolac 3x30 mg/IV, Kalnex 3x 500 mg/IV. Ivfd RL 500cc/Nacl 500 cc.
- Lain-lain : tidak ada

LAPORAN KASUS
ANALISA DATA

NO	DATA-DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DS: pasien DO: mengeluh nyeri di sekitar area luka operas - pasien nampakgelisah - Meringgis - Gelisah - Skala nyeri 6 - TD: 130/60mmhg - N: 82x/m - RR:20x/m - S:36,5 ⁰ c	Nyeri akut	Insisi pembedahan
2	DS: pasien mengeluh gatal di area luka operasi DO: luka nampak memerah dan pucat Lekosit: - TD: 130/60mmhg - N: 82x/m - RR:20x/m - S:36,5 ⁰ c	Resiko Infeksi	Adanya Insisi Pembedahan (Mandibulektomi)

Diagnosa keperawatan:

1. Nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan.
2. Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan insisi pembedahan (Mandibulektomi)

INTERVENSI KEPERAWATAN:

NO	DX KEP		
	Nyeri akut b/d Agen cedera fisik (insisi pembedahan)	Domain 12 : kenyamanan Kelas 1 : kenyamanan fisik Kode :00132 Nyeri akut Goal: pasien bebas dari nyeri selama masa perawatan Objektif:dalam jangka waktu 3x24 jam pasien bebas dari nyeri dengan kriteria hasil: NOC (1605):manajemen nyeri - (160510)menganalisis skala nyeri - (160503)mengidentifikasi tanda dan gejala nyeri - (160505)menggunakan analgesik sesuai anjuran	Domain 1: fisiologis dasar Kelas E : promosi kenyamanan fisik Kode :1400 Manajemen nyeri Intervensi: 1. Kaji nyeri secara komprehensif(PQRST) 2. Pertahankan tirah baring selama fase akut. 3. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan. 4. Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien 5. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri 6. Kolaborasi pemberian analgetik. 7. Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat.
	Resiko terjadinya infeksi b/d adanya insisi pembedahan laparatomi	Domain 12 : keselamatan dan keamanan Kelas 1: infeksi (00004) Resiko terjadi infeksi pasien terbebas dari infeksi selama masa perawatan Objektif:dalam jangka waktu 3x24 jam pasien bebas dari infeksi dengan kriteria hasil: NIC:(1924)Manajemen infeksi - (192405)mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi dengan skala 2-3 - (192421) mengambil tindakan segera untuk mengurangi resiko dengan skala 3-4	Domain IV : safety Kelas 5 :manajemen resiko intervensi (6540) NIC:Manajemen infeksi 1. Observasi tanda-tanda vital 2. Kaji tanda-tanda peradangan 3. Rawat luka,perban dengan memperhatikan teknik aseptik 4. Pertahankan teknik sterilisasi 5. Kolaborasi penggunaan antibiotik

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NO	Dx kep	Hari/tgl	Jam	Tindakan	Evaluasi	Paraf
1.	Nyeri akut b/d agen cidera fisik(insisi pembedahan)	senin,15 /07/2019	12.15 12.30 12.45 10.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji nyeri secara komprehensif 2. Pertahankan tirah baring selama fase akut. 3. Gunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mrngakui pengalaman rasa sakit dan menyampaikan penerimaan respon pasien terhadap nyeri 4. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan. 5. Berikan lingkungan yang nyaman bagi pasien 6. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri 7. Kolaborasi pemberian analgetik. 8. Dorong pasien untuk memantau nyeri sendiri dengan tepat. 	S: pasien mengeluh masih merasakan nyeri O: skala nyeri 3, masih meringgis dan gelisah A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
2.	Resiko terjadinya infeksi b/d adnaya insisi pembedahan mandibulekto mi	Minggu, 15 /07/2019	12.35 12.55 13.20 13.35	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda vital 2. Kaji tanda-tanda peradangan 3. Rawat luka,perban dengan memperhatikan teknik aseptik 4. Pertahankan teknik sterilisasi 5. Kolaborasi penggunaan antibiotik 	S: pasien masih mengeluh gatal di area luka operasi O: luka namapakmerah, adanya drainase A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan.	

CATATAN PERKEMBANGAN
16Juli 2019

NO	Dx kep	S	O	A	P	I	E
1	Nyeri akut b/d agencid era fisik (insisi pembedahan)	Pasien mengeluh masih merasakan nyeri	Skala nyeri 3 Masih meringgis Tidak memegang area nyeri	Masa lah terata si sebagian	Interve nsi 2,3,6,& 7 dilanju tkan	<ul style="list-style-type: none"> - Mempertahan kan tirah baring selama fase akut - Menggunaka n strategi komunikasi terapeutik - Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri - Mengkolaora sikan pemberian analgetik 	Evaluasi pukul 12:00 Keadaan umum lemah,gelisah,me ringgis TTV: TD:110/70 N:78x/m S:36,7 ⁰ c RR:21x/m
2.	Resiko terjadi nya infeksi b/d adanya insisi pembedahan mandib ulektomi	Pasien mangel uh luka nampa k gatal dan memer ah	Luka nampa k merah Gatal Pasien nampa k gelisah	Masa lah belu m terata si	Interve nsi dilanju tkan	<ul style="list-style-type: none"> - Observasi tanda-tanda vital - Kaji tanda-tanda peradangan - Rawat luka,perban dengan memperhatikan teknik aseptik - Pertahankan teknik sterilisasi - Kolaborasi penggunaan antibiotik 	Evaluasi pukul 12:30 Keadaan umum lemah,gelisah memegang area luka,meringgis TTV: TD:110/70 mmhg N:78x/m S:36,7 ⁰ c RR:21x/m

17Juli 2019

N O	Dx kep	S	O	A	P	I	E
1	Nyeri akut b/d agencid era fisik (insisi pembedahan)	Pasien mengeluh masih merasakan nyeri	Skala nyeri 2 Masih meringgis Tidak memegang area nyeri	Masa lah terata si sebagian	Interve nsi 2,3,6,& 7 dilanju tkan	<ul style="list-style-type: none"> - Mempertahan kan tirah baring selama fase akut - Menggunaka n strategi komunikasi terapeutik - Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri - Mengkolaora sikan pemberian analgetik 	Evaluasi pukul 12:00 Keadaan umum lemah, gelisah, meringgis TTV: TD:120/80 N:88x/m S:36,5 ⁰ c RR:20x/m
2.	Resiko terjadinya infeksi b/d adanya insisi pembedahan mandibulektomi	Pasien mengeluh luka nampak gatal dan memerah	Luka nampak merah Gatal Pasien nampak gelisah	Masa lah belum terata si	Interve nsi dilanju tkan	<ul style="list-style-type: none"> - Observasi tanda-tanda vital - Kaji tanda-tanda peradangan - Rawat luka, perban dengan memperhatikan teknik aseptik - Pertahankan teknik sterilisasi - Kolaborasi penggunaan antibiotik 	Evaluasi pukul 12:30 Keadaan umum lemah, gelisah memegang area luka, meringgis TTV: TD:120/80mmhg N:88x/m S:36,5 ⁰ c RR:20x/m

Implementasi dan evaluasi
17 Juli 2019

N O	Dx kep	Jam	Tindakan	Evaluasi	para f
1.	Nyeri akut b/d agen cedera fisik (insisi pembedahan)	08.00 09.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan tirah baring selama fase akut - Menggunakan strategi komunikasi terapeutik 	S: pasien mengeluh nyeri yang dirasakan	

		0 10.0 0 08.0 0	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri - Memberikan ketorolac 30 mg /iv - Pasien pulang 	sudah berkurang O: skala nyeri 1 Tidak meringgis A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dihentikan, pasien pulang	
2.	Resiko terjadinya infeksi b/d adanya insisi pembedahan mandibulekto mi	08.3 0 09.3 0 10.3 0 11.3 0 12.0 0 12.3 0	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi tanda-tanda vital - Mengkaji tanda-tanda peradangan - Melakukan perawatan luka, perban dengan memperhatikan teknik aseptik - Mempertahankan teknik sterilisasi - Mengkolaborasi penggunaan antibiotik - Pasien pulang. 	S: pasien mengeluh merah di area luka O: luka masih nampak merah TTV: TD: 120/80 mmhg N: 86x/m S: 36,5 ⁰ c RR: 20 x/m A: masalah belum teratasi P: intervensi dihentikan dan pasien pulang.	